मितानिन कार्यक्रमः

निगरानि रणनीति

मितानिन कार्यक्रम का निगरानी रणनीति

मूल अवधारणा : –

1. जब हमारा कार्यक्रम बहुत बड़ा होता है, जिसके अंतर्गत पूरे प्रदेश में 54000 मितानिनों को लेकर पांच साल तक चलना हो, ऐसे में सशक्त निगरानी की रणनीति का होना आवश्यक है।

2. मितानिन कार्यक्रम के तहत निगरानी के वजह से ना मितानिन के कार्यभार बढ़ना चाहिए नहीं उसे एक कर्मचारी के रूप में देखा जाना चाहिए। मितााानिन द्वारा कार्यक्रम से संबंधित कोई फार्म नहीं भरवाया जाए।

3. मितानिन कार्यक्रम निगरानी रणनीति स्वास्थ्य विभाग के काम को और उनकी कार्ययोजनाओं को आसान बनाने के लिए बनायी गई है। इसे विभाग के अंतर्गत कहीं दूर बैठे किसी अनजान व्यक्ति के लिए एकत्र किये जाने वाले तत्वों के संकलन के रूप में नही देखा जाये, बल्कि यह आंकडे हर स्तर के कर्मचारियों/कार्यकर्ताओं को अपने कार्य में मदद देने के लिए हैं। साथ साथ इसे कार्यक्रम को हर पहलू में बेहतर बनाने के दृष्टी से देखा जाए।

4. कार्यक्रम के किसी भी स्तर पर जुडे कोई भी व्यक्ति को निगरानी के तहत दो से ज्यादा प्रपत्र नही भरना होगा। जो कोई भी मितानिन के कार्य में किसी भी स्तर से जुडा हुआ हो, उन सबको कम से कम एक प्रपत्र भरना होगा ताकी हर किसी की उत्तरदायित्व निशचित हों।

5. कार्यक्रम के कुछ तत्वों का बाहरी निगरानी प्रक्रिया का होना कार्यक्रम के प्रतिवेदन की गुणवत्ता को बढ़ाने और हमारी अपनी गतिविधियों पर रोक एवं नियंत्रण रखने में सहायक है।

6. जिस कार्य का निगरानी होता है, वह लागू होता है। जिसका नहीं होता, वह लागू भी नहीं होता।

7. स्वास्थ्य उपलब्धियों का मूल्यांकन भी होता रहेगा लेकिन कुछ की हर छः महीने में एक बार एव बाकी की साल में एक बार। स्वास्थ्य उपलब्धियों का इससे छोटे अंतराल में निगरानी करने से कुछ खास निकलनेवाला नही है। इसलिए हमारा लक्ष्य सारी गतिविधियों का सतत निगरानी करते हुए कार्य व उपलब्धियों को बेहतर करने का हो।

मितानिन कार्यक्रम का मूल्यांकन रणनीति–एक नजर में

क्रमांक	प्रपत्र नाम	कौन भरेगा	जानकारी कहां से	किसको देंगे	आगे किसको भेजें	अंतराल	कार्यवाही / परिणाम
1	मितानिन प्रशिक्षण निगरानी प्रपत्र–1	शिविर समन्वयक	प्रशिक्षण शिविर में भाग लेते हुए	बी एम ओ	नोडल अधिकारी व रा.स्वा.सं.केन्द्र	प्रत्येक प्रशिक्षण शिविर के बाद	प्रशिक्षण का आयोजन, कमियों का आंकलन व वित्तीय देखरेख
2	मितानिन प्रशिक्षण निगरानी प्रपत्र–2	रा.स्वा.सं.केन्द्र (SHRC) प्रतिनिधि	प्रशिक्षण शिविर में पहूंचकर	रा.स्वा.सं.केन्द्र (SHRC) क्षेत्रीय समन्वयक	रा.स्वा.सं.केन्द्र (SHRC)	प्रशिक्षण शिविर के कुछ अंश	गुणवत्ता संबंधित तुलनात्मक मूल्यांकन
3	स्वास्थ्य सेवा प्रदाय हेतु आवेदन प्रपत्र	मितानिन प्रशिक्षक	ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर में शामिल कुछ तत्वों पर आधारित	वि.खं समन्वयक या बी एम ओ	बी एम ओ के साथ रहेगा	मासिक या 2 से 3 माह में एक बार	छूटे हुए सेवाओं का स्वास्थ्य विभाग कार्यकर्ता के भैंट/शिविर द्वारा पूर्ती
4	अर्धवार्षिक स्वास्थ्य स्थिति प्रतिवेदन	मितानिन प्रशिक्षक	ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर व पुस्तक 2 में शामिल कुछ तत्वों पर आधारित	वि.खं समन्वयक या बी एम ओ	बी एम ओ व जनपद पंचायत में रहेगा	6 माह में एक बार	बाल स्वास्थ्य स्थिति प्रगति की आंकलन व परिवार नियोजन में प्रगति
5	विकासखंड स्त्रोत व्यक्ति मूल्यांकन प्रपत्र	वि.खं समन्वयक या जि स्त्रोत व्यक्ति	नियमित मितानिन प्रशिक्षको व मितानिन सम्पर्क के दौरान	बी एम ओ	नोडल अधिकारी व रा.स्वा.सं.केन्द्र (SHRC)		लगातार भ्रमण, संकुल स्तर पर प्रशिक्षकों को मदद
6	जिला स्त्रोत व्यक्ति मूल्यांकन प्रपत्र	नोडल अधिकारी यदि वह लगातार वि.ख भ्रमण कर रहें तब या जिला स्त्रोत व्यक्ति	नियमित मितानिन प्रशिक्षको की समीक्षा बैठक	नोडल अधिकारी	जिले में हमेशा उपलब्ध हो. रा.स्वा. सं.केन्द्र (SHRC) को भी एक प्रति		कमज्योर वि.ख में ज्यादा ध्यान व भ्रमण. कमज्योर गतिविधियों पर जोर
7.	मासिक प्रगति संक्षिप्त प्रतिवेदन	नोडल अधिकारी	उपरोक्त सभी प्रपत्रों के आधार पर	रा.स्वा.सं.केन्द्र (SHRC) व जिला RCH Society			

निगरानी प्रपत्रों के संबंध में जानकारी :–

प्रपत्र–1 : मितानिन प्रशिक्षण निगरानी प्रपत्र–1

यह एक महत्वपूर्ण प्रपत्र है जिसे शिविर समन्वयक द्वारा भरा जाना है। इस प्रतिवेदन में प्रशिक्षण की उपस्थिति, विषय वस्तु व शिविर के आवासीय व्यवस्था की जानकारी भरा जाना है। प्रशिक्षण शिवरों में उपस्थिति मितानिन की क्रियाशीलता का संकेत है। भले ही मितानिन की अनुपस्थिति खबर करने व प्रशिक्षण की तिथि निर्धारण में हुई देरी आदि समस्या से हो सकती है। इसलिए यह प्रत्रक इसका भी सूचक है कि प्रशिक्षण कार्यक्रम को कितना बेहतर तरीके से आयोजित किया जा रहा है।

इस प्रपत्र को शिविर समन्वयक द्वारा भरा जाय व बी.एम ओ को दिया जाय जिसकी एक प्रति वे स्वयं अपने पास रखकर एक प्रति जिला नोडल अधिकारी को भेजें। जिला नोडल अधिकारी को इसे राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र के लिए अग्रसित करना चाहिए।

प्रपत्र–2 : मितानिन प्रशिक्षण निगरानी प्रपत्र–2

यह प्रपत्र कुछ ऐसे व्यक्तियों के द्वारा भरा जाएगा जो राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र के प्रतिनिधि होगे तथा यह प्रपत्र क्षेत्रीय समन्वयक के माध्यम से राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र को भेजा जाएगा। सभी शिविरो के लिए ऐसा प्रतिवेदन का होना आवश्यक नही है पर यह प्रपत्र से राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र के पास कार्यक्रम व प्रशिक्षण की प्रक्रिया के आंकलन हेतु पर्याप्त जानकारी उपलब्ध होती है जिसे नोडल अधिकारी को भी उपलब्ध किया जायेगा।

प्रपत्र –3 : स्वास्थ्य सेवा प्रदाय हेतु आवेदन प्रपत्र

यह प्रपत्र मितानिन प्रशिक्षक द्वारा भरा जाएगा या जो कोई भी मितानिन का सहयोग कर रहा हो चाहे व स्थानीय गैर सरकारी संगठन हो या स्थानीय ए.एन.एम उनके द्वारा। यह आवेदन प्रत्येक मितानिन के साथ उपलब्ध ग्राम स्वास्थ्य रजिस्टर में शामिल कुछ तत्वों पर आधारित होगा–जैसे टीकाकरण, बाल स्वास्थ्य से संबंधित सेवाएं, गर्भावस्था सेवाएं तथा कुछ स्वास्थ्य संबंधित महत्वपूर्ण घटनाएं। इसमें किन सेवाएं उपलब्ध हुई इससे ज्यादा महत्वपूर्ण है कौन कौन सी सेवाएं नही मिल रही इस पर जोर देना जिससे कि छूटे हुए सेवाओं का स्वास्थ्य विभाग द्वारा आसानी से पूर्ती हो सके। यह प्रपत्र खंड चिकित्सा अधिकारी से उपर किसी अधिकारी को भेजे जाने का नही है। इन सेवाओं की पूर्ति करने करवाने की जिम्मेदारी खंड चिकित्सा अधिकारी की होगी। कोई भी निरीक्षण के दौरान इससे संबंधित अभिलेख खंड चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रस्तुत होना चाहिए जिससे यह मालुम हो कि उनके द्वारा इस पर क्या क्या कार्यवाही की व क्या क्या नहीं। लेकिन सेवाओं से संबंधित कमियां इस प्रपत्र के माध्यम से तभी निकलकर आयेगा जब इस बात को सुनिश्चित किया जाय कि सेवाओं की कमी पता होने की वजह से ना खंड चिकित्सा अधिकारी के ऊपर नहीं बहुउद्देश्यि स्वास्थ्य कार्यकर्ता के ऊपर किसी प्रकार का कार्यवाही किया जा रहा है। परन्तु प्रपत्र द्वारा सेवा प्रदाय में जो कमियां निकलकर आई, उसे एक महीने के अन्दर ही निश्चित रूप से भरना होगा।

प्रारंभिक कुछ माह के बाद इस प्रपत्र के माध्यम से प्रदाय सेवाओं में कोई कमी नही दिखाई देगा बल्कि उक्त माह कि आवश्यकता ही इससे सामने आएगी। इसमें मितानिन के दवा पेटी की प्रतिपूर्ति व मितानिन को कार्य करने में समर्थ बनाने वाली नियमित सहयोग शामिल है।

इस प्रपत्र को प्रतिमाह जमा करने का निर्देश जरूर दिया हुआ है लेकिन इसका दो या तीन माह में एक बार भेजे जाने पर भी कार्यक्रम में कुछ खास प्रभाव नहीं होगा। इस प्रपत्र से यह भी अपेक्षा है कि जब बहुउद्देश्यि स्वास्थ्य कार्यकर्ता सेवाएं प्रदान करने जा रहें है तो मितानिन द्वारा उसे सहयोग दिया जायेगा।

प्रपत्र 4 : अर्धवार्षिक स्वास्थ्य स्थिति प्रतिवेदन

अर्धवार्षिक प्रतिवेदन प्रपत्र कुपोषण के स्तर तथा परिवार नियोजन की आवश्यकता आदि की पहचान करने पर केन्द्रीत है। यह प्रपत्र स्वास्थ्य उपलब्धियों का निगरानी में मदद करेगा। इस बात का ख्याल करें कि स्वास्थ्य स्थिति का आंकलन गांव के अपेक्षा विकासखंड के स्तर पर किया जाना उचित होगा। ऐसे में जनपद पंचायत व ग्राम पंचायत का स्वास्थ्य स्थिति व स्वास्थ्य स्तर से जुडे सभी सूचकों के आधार पर श्रेणीबद्ध कर उनके क्रियाशीलता व रूचि को बढ़ाया जा सकता है। ध्यान रहे कि कार्यक्रम के अंतर्गत बच्चों के मासिक वजन लेने की बात नही किया गया है बल्कि छः माह में एक बार वजन लिया जाने की बात कही है। वजन लेने में अंगनवाडी कार्यकर्ता का मदद लिया जा सकता है लेकिन अंगनवाडी के वजन रजिस्टर ये आंकडे 'कॉपी' नहीं किया जाय।

इसी प्रपत्र में बीते छः महीनों का मृत्यु व जन्म की आंकडों को प्रपत्र 3 से समेकित कर दिया जा सकता है।

प्रपत्र 5 : विकासखंड स्त्रोत व्यक्ति निगरानी प्रपत्र

यह प्रपत्र विकासखंड के प्रभारी जिला स्त्रोत व्यक्तिया विकासखंड समन्वयक द्वारा भरा जाएगा जो नियमित रूप से मितानिन प्रशिक्षंको व मितानिन से सम्पर्क/भैंट बनाये रखे है। वे एक माह में सभी प्रशिक्षकों से कम से कम एक बार मिलें और इसे उसी समय भरे। इस प्रपत्र को प्रत्येक माह भर कर जमा किया जाना है। यह प्रपत्र पारे में मितानिन के द्वारा परिवार भ्रमण को भी इंगित करता है। यह डी.आर.पी., बी.एम.ओ. और नोडल अधिकारी को प्रशिक्षक के कामों का आंकलन करने में मदद करेगा। डी.आर.पी. को यह प्रपत्र से प्रत्येक मितानिनों के व एक कलस्टर से दूसरे कलस्टर के बीच कार्यक्रम का आंकलन कर कार्य को बेहतर करने में मद्द करेगा। ध्यान रहे कि इस प्रपत्र के अंतर्गत निगरानी बिन्दुओं को कार्यक्रम के तत्कालीन प्रशिक्षण स्तर के आधार पर बदलते जाना है।

प्रपत्र–6 : जिला स्त्रोत व्यक्ति निगरानी प्रपत्र

यह प्रपत्र जिला नोडल अधिकारी द्वारा विकासखंड स्तरीय बैठक के दौरान भरा जाएगा। यदि वह नियमित क्षेत्र भ्रमण नहीं कर रहे है तो इसे जिला स्त्रोत व्यक्ति द्वारा भरा जाय। इससे यह पता लगाने में मदद होगी कि किस प्रशिक्षक या कलस्टर को ज्यादा सहयोग की आवश्यकता किस प्रकार में है। ध्यान रहे कि इस प्रपत्र के अंतर्गत निगरानी बिन्दुओं को कार्यक्रम के तत्कालीन प्रशिक्षण स्तर के अनुरूप बदलते जाना है, जिसका समयानुसार विवरण प्रपत्र के पीछे दिया हुआ है।

प्रपत्र–7 : मासिक प्रगति प्रतिवेदन

यह प्रपत्र कार्यक्रम के उपलब्धियों को प्रदर्शित करने वाला संक्षिप्त प्रतिवेदन है जिसे जिला नोडल अधिकारी द्वारा भरा जाना है। यह प्रपत्र अन्य प्रपत्रों के आधार पर भरा जाए जिससे राज्य स्तर का प्रतिवेदन तैयार किया जाएगा। जिन जिन जिलों से यह प्रतिवेदन उपलब्ध नही होगा उन जिलों से संबधित राज्य स्तर के प्रतिवेदन में राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र क्षेत्रीय समन्वयक द्वारा दिये गये प्रतिवेदन को ही शामिल किया जायगा।

राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र छ.ग.
मितानिन प्रशिक्षण निगरानी प्रपत्र.1

सूचना शिविर समन्वयक द्वारा भरा जाय, ब्लॉक समन्वयक एवं नॉडल अधिकारी इसे अग्रेसित करें।

संकुल क्रमांक...........संकुल नाम ....वि. खं............................. जिला.......................................
शिविर चरण.................................. शिविर तिथि..................................से..............................आवासीय / अनावासीय

अ. मूलभूत जानकारी

1.संकुल में कुल मितानिनों की संख्या :

2.शिविर में उपस्थित मितानिनों की संख्या प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

3.शिविर में उपस्थित मितानिन प्रशिक्षकों की संख्या प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

4.शिविर में उपस्थित जिला स्त्रोत व्यक्तियों की संख्या प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

5.यदि आवासीय शिविर था, तो कितने मितानिन रात रूकी ? प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

ब. प्रशिक्षण प्रक्रिया से जुड़ी सूचनाएं

1.कौन–कौन से सत्र छूट गया ? :

2.योजना के अनुरूप पर्याप्त खेल / गीत / प्रेरणा देनेवाले अन्य गतिविधियां शामिल थे कि नहीं ? :

3.क्या सभी के लिए पुस्तिकाएं उपलब्ध थी ? :

4.प्रस्तुतीकरण के अलावा पुस्तिकाओं की वाचन चर्चा हुई कि नहीं ? :

5.प्रत्येक सत्र में समूह कार्य का योजना बना था कि नहीं ? :

6.कार्यक्रम के अनुसार क्षेत्र भ्रमण हुई कि नहीं ? :

7.क्या प्रशिक्षक के मदद से प्रत्येक मितानिन ने दो या तीन घर भ्रमण किये ? :

8.क्या शिविर के अंत में प्रशिक्षण का
मूल्यांकन किया गया :

स. व्यवस्था से जुड़ी सूचनाएं

1.भोजन व्यवस्था : अच्छा / सामान्य / खराब

2.आवासीय व्यवस्था : अच्छा / सामान्य / खराब

3.प्रशिक्षण सामग्रियों की उपलब्धता : अच्छा / सामान्य / खराब

4.क्या शिविर आयोजन हेतु
अग्रिम राशि दी गयी थी : हां / नहीं

5.लेखा / बिल का प्रस्तुति कब किया गया : तुरंत / एक दिन में / एक सप्ताह में / सप्ताह से भी ज्यादा समय में

हस्ताक्षर

नामः

पदः

पताः

राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र छ.ग.
मितानिन प्रशिक्षण निगरानी प्रपत्र.2

सूचना एस. एच. आर. सी. प्रतिनिधि द्वारा भरा जाय, एस. एच. आर. सी. क्षेत्रीय समन्वयक इसे अग्रेसित करें।

संकुल क्रमांक...........संकुल नाम ....वि. खं.............................. जिला.......................................
शिविर चरण.................................... शिविर तिथि.................................से..............................आवासीय/अनावासीय

अ. मूलभूत जानकारी

1.संकुल में कुल मितानिनों की संख्या :

2.शिविर में उपस्थित मितानिनों की संख्या प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

3.शिविर में उपस्थित मितानिन प्रशिक्षकों की संख्या प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

4.शिविर में उपस्थित जिला स्त्रोत व्यक्तियों की संख्या प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

5.यदि आवासीय शिविर था, तो कितने मितानिन रात रूकी ? प्रथम दिवसः द्वितीय दिवसः तृतीय दिवसः

ब. प्रशिक्षण प्रक्रिया से जुड़ी सूचनाएं

1.कौन–कौन से सत्र छूट गया ? :

2.योजना के अनुरूप पर्याप्त खेल/गीत/प्रेरणा देनेवाले अन्य गतिविधियां शामिल थे कि नहीं ? :

3.क्या सभी के लिए पुस्तिकाएं उपलब्ध थी ? :

4.प्रस्तुतीकरण के अलावा पुस्तिकाओं की वाचन चर्चा हुई कि नहीं ? :

5.प्रत्येक सत्र में समूह कार्य का योजना बना था कि नहीं ? :

6.कार्यक्रम के अनुसार क्षेत्र भ्रमण हुई कि नहीं ? :

7.क्या प्रशिक्षक के मदद से प्रत्येक मितानिन ने दो या तीन घर भ्रमण किये ? :

8.क्या शिविर के अंत में प्रशिक्षण का
मूल्यांकन किया गया :

स. व्यवस्था से जुड़ी सूचनाएं

1.भोजन व्यवस्था : अच्छा / सामान्य / खराब

2.आवासीय व्यवस्था : अच्छा / सामान्य / खराब

3.प्रशिक्षण सामग्रियों की उपलब्धता : अच्छा / सामान्य / खराब

4.क्या शिविर आयोजन हेतु
अग्रिम राशि दी गयी थी : हां / नहीं

5.लेखा / बिल का प्रस्तुति कब किया गया : तुरंत / एक दिन में / एक सप्ताह में / सप्ताह से भी ज्यादा समय में

हस्ताक्षर

नामः

पदः

पताः

प्रपत्र–3

आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं का टोलावार प्रतिवेदन प्रपत्र

- प्रतिवेदन का माह –
- जानकारी एकत्र करने का दिनांक –
- प्रतिवेदन प्रस्तुतकर्ता –

टोला का नाम –

गांव का नाम –

मितानिन का नाम –

5 वर्ष से कम उम्र के बच्चे की कुल संख्या....................

पूर्ण टीकाकरण प्राप्त बच्चों की कुल संख्या ....

उन बाल स्वास्थ्य सेवाओं की सूची जो आधे से ज्यादा बच्चो को प्राप्त न हुआ हो :

1. 4.
2. 5.
3 6.

(इन सेवाओं को पूर्ण करने के लिए विशेष शिविर की आवश्यकता होगी.)

किन बच्चो को कौन –कौन सी सेवाएं इस महीने उपलब्ध कराना है :
(केवल उन सेवाओ को लिखें जो पूर्व सूची में शामिल नही है)

परिवार क्रमांक	5 वर्ष से कम उम्र के बच्चे	पोलियो	पोलियो 2	पोलियो 3	डी पी टी1	डी पी टी 2	डी पी टी 3	खसरा	विटामिन A	कृमी गोली	बूस्टर

टीप :(विटामिन ए या कृमी की गोली के संबंध में केवल वही जानकारी को लिखे जिन्हे पिछले छः माह में नही दिया गया हो)

गर्भावस्था देखभाल सेवाएं –

परिवार क्रमांक	नाम	प्रसव की संभावित तिथि	एक या अधिक खतरे का लक्षण (जोड़ कर संख्या लिखें)	टी टी	प्रसव पूर्व जांच(रजिस्टर के एक से आठ बिन्दु को जोड़कर कितनी सेवाए मिलनी है उतनी संख्या लिखें)			डाक्टरी सलाह की आवश्यकता (हां / नहीं)	संस्थागत / अस्पताल में प्रसव की आवश्यकता (हां / नहीं)
					1	2	3		

जन्म : (दिनांक ....से ....तक)

परिवार क्रमांक.	माता का नाम	बच्चे का लिंग	जन्म तिथि	जन्म के दौरान वजन	पोलियो या बी सी जी	क्या बच्चा स्वस्थ्य है नही तो टिप्पणी

मृत्यु : (दिनांक ....से ....तक)

	लिंग	परिवार क्रमांक	यदि मृत्यु कैसे हुई या और कोई जानकारी जोड़ना चाहे तो यहां लिखें
एक महीने से कम			
एक वर्ष से कम			
5 वर्ष से कम			
गर्भवती महिलाएं			
कोई अन्य			

दवा पेटी –कौन कौन सी दवाइयो की आवश्यकता है : (केवल तब लिखें जब दी हुई आबंटन की एक तिहाई या उससे कम ही बची हुई है)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

कोई अन्य जानकारी जिसे देना आप महत्वपूर्ण समझते है :

प्रपत्र–4

अर्धवार्षिक स्वास्थ्य स्थिति प्रतिवेदन

(यह प्रपत्र मासिक प्रतिवेदन एवं बिमारियों के प्रकोप के प्रतिवेदन के अतिरिक्त है)

मितानिन का नाम : प्रतिवेदन दिनांक :

टोला का नाम : गांव का नाम :

कुल परिवार संख्या : कुल जनसंख्या :

	नाम और परिवार क्रमांक (नाम लिखकर कोष्ठक में परिवार क्रमांक लिखें। दो नामों के बीच कॉमा डालकर अलग करें।)
अंधत्व	
टीबी	
कुष्ठ	
विकलांगता	

क्या पारा में आंगनबाड़ी केन्द्र हैं – हां/नहीं

क्या आगनबाड़ी में आहार दिया जा रहा – हां/नही

यदि हां तो – नियमित/अनियमित

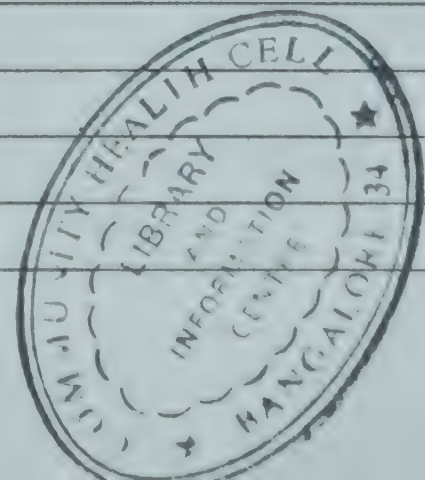
पोषण संबन्धित जानकारी

वर्ग	*कुल संख्या*	*आगनबाड़ी से आहार मिलने वाले बच्चो की संख्या*
5 वर्ष से कम उम्र के कुल बच्चे		
वजन किये गये कुल बच्चे		
सामान्य		
पहला श्रेणी		
द्वितीय श्रेणी		
तृतीय श्रेणी		
चतुर्थ श्रेणी		

परिवार नियोजन संबन्धित जानकारी

वर्ग	कुल संख्या
45 वर्ष से कम उम्र के कुल विवाहित महिलाएं	
जो परिवार नियोजन अपनाना चाहते है	
पुरूष नसबंदी	
महीला नसबंदी	
निरोध / कॉन्डम	
माला डी	
कापर टी	

जन्म व मृत्यु से संबन्धित जानकारी

पिछले छः माह में कुल हुई जन्म (संख्या)		
पिछले छः माह में कुल हुई मृत्यु (संख्या)	जन्म पर ही मृत बच्चे	
	एक महीने से कम	
	एक वर्ष से कम	
	5 वर्ष से कम	
	गर्भवती महिलाएं	
	कोई अन्य	
	कुल संख्या	

मितानिन कार्यक्रम. विकास खण्ड स्त्रोत व्यक्तियों का मूल्यांकन प्रपत्र (दूसरा प्रशिक्षण से आगे उपयोग हेतु)

क्रमांक	प्रशिक्षक का नाम	भैंट तिथि	प्रत्येक मितानिन का प्रभाव का स्तर – A से E तक (A= सभी कार्य पूरा। B= चार में से तीन कार्य पूर्ण। C= चार में से दो कार्य पूर्ण। D= चार में से एक ही कार्य पूर्ण। E= निष्क्रिय																				इस चरण के निर्धारित कार्यों को पूर्ण किये कुल मितानिनों की संख्या कार्यवार			
			प्रत्येक संकुल के मितानिनों की श्रेणी प्रशिक्षक द्वारा दिये गये स्थायी क्रमांक के आधार पर																							
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	क	ख	ग	घ
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										

मितानिनों की क्रमांक लिखते समय यह ध्यान दे कि प्रशिक्षक द्वारा दिये गये स्थायी क्रमांक ही लिया जा रहा है।

प्रतिवेदन माह में प्रशिक्षक के साथ जिन मितानिनों की घर भ्रमण में आप साथ दिये, उनकी संख्या पर गोला बनाएं।

किस चरण में कौन सी गतिविधियों का क्रमशः निगरानी करनी है इसकी सूचि के लिए अगला पृष्ठ देखें ।

किस चरण में कौन सी गतिविधियों का क्रमशः निगरानी करनी है इसकी सूची

दूसरा व तीसरा चरण के प्रशिक्षण के बीच क्रमशः निम्न बातें देखें।

- क. दोनों चरण के प्रशिक्षण प्राप्त।
- ख. स्वयं की रुचि के साथ नियमित परिवार भ्रमण कर रही है।
- ग. रजिस्टर का कार्य पूर्ण।
- घ. मोहल्ले में महिला समिति गठित

तीसरा व पांचवा चरण के प्रशिक्षण के बीच क्रमशः निम्न बातें देखें।
(याद रखें कि चौथे चरण का प्रशिक्षण प्रत्येक गांव में दो दिवसीय ग्राम बैठक के रूप मे आयोजित होना है।)

- क. 8 दिन का शिविर प्रशिक्षण प्राप्त।
- ख. स्वयं की रुचि के साथ नियमित परिवार भ्रमण कर रही है व रजिस्टर का कार्य पूर्ण।
- ग. ग्राम स्तरीय महिला स्वास्थ्य समिति के साथ नियमित बैठकें हो रही है।
- घ. स्वास्थ्य सेवा प्रदाय हेतु आवेदन पत्र प्रस्तुत व ए. एन. एम. के मदद से सेवाओं की पूर्ति।

(इसके अलावा यदि उनकी मोहल्ले की महिलाओं के खुन में हिमोग्लोबिन की जांच हुई है तो + चिन्ह लगादें।)

पांचवा व सातवे चरण के प्रशिक्षण के बीच क्रमशः निम्न बातें देखें।

- क. 12 दिन का शिविर प्रशिक्षण प्राप्त।
- ख. स्वयं की रुचि के साथ नियमित परिवार भ्रमण कर रही है, रजिस्टर का कार्य पूर्ण, स्वास्थ्य सेवा प्रदाय हेतु आवेदन पत्र प्रस्तुत व ए. एन. एम. के मदद से सेवाओं की पूर्ति हो रही है व अर्धवार्षिक स्वास्थ्य स्थिति प्रतिवेदन प्रस्तुत।
- ग. क्लोरोक्वीन सहित मितानिन दवापेटी के कुछ दवाईयां मितानिन द्वारा उपलब्ध व उनके द्वारा मलेरिया स्लाईड बनायी जा रही है।
- घ. मलेरिया नियंत्रण हेतु ग्राम योजना के लिए ग्राम स्तरीय बैठक सम्पन्न।

सातवे चरण के प्रशिक्षण के बाद क्रमशः निम्न बातें देखें।
(इसके लिए अलग प्रपत्र तैयार हो रही है।)

- क. 18 दिन का शिविर प्रशिक्षण प्राप्त।
- ख. नियमित परिवार भ्रमण कर रही है, रजिस्टर की समय समय पर रखरखाव व डाक्टरी इलाज हेतु परामर्श तंत्र कायम।
- ग. मितानिन दवापेटी के लिए निर्धारित सभी दवाईयां मितानिन द्वारा उपलब्ध व उसके उपयोग व ठीक से कर पा रही है।
- घ. क्रियाशील ग्राम महिला स्वास्थ्य समिति जो अपने गांव की स्वास्थ्य स्थिति पर समझ बनाई है व लोग मिलकर ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार कर चुके है।

आम तौर पर प्रत्येक वि.ख में 3 ऐसे डी.आर. पी. है जो वि.ख समन्वयक का कार्य करते है। वे सभी लोग अपने लिए आवंटित संकुलों के प्रशिक्षक व मितानिनों के लिए इस प्रपत्र को भरें। एक प्रति अपने पास रखकर इसे वे बी.एम.ओ. को सौपें।

मितानिन कार्यक्रम. जिला स्त्रोत व्यक्तियों का मूल्यांकन प्रपत्र (दूसरा प्रशिक्षण से आगे उपयोग हेतु)

प्रशिक्षक बैठक तिथि......................

क्रमांक	प्रशिक्षक का नाम	पंचायतों का नाम	कुल गांव संख्या	कुल मितानिनों की संख्या	इस चरण के निर्धारित कार्यों को पूर्ण किये कुल मितानिनों की संख्या कार्यवार				टिप्पणियां: कमियां व समस्याओं को दर्शायें।
					क	ख	ग	घ	
1		A							
		B							
		C							
		D							
		कुल							
2.		A							
		B							
		C							
		D							
		कुल							
3		A							
		B							
		C							
		D							
		कुल							
4		A							
		B							
		C							
		D							
		कुल							
5		A							
		B							
		C							
		D							
		कुल							

किस चरण में कौन सी गतिविधियों का क्रमशः निगरानी करनी है इसकी सूचि के लिए अगला पृष्ठ देखें।
सभी पंचायतें व प्रशिक्षकों का सूचना देने हेतु जितने प्रपत्र की आवश्यकता है, उपयोग करें।

किस चरण में कौन सी गतिविधियों का क्रमशः निगरानी करनी है इसकी सूची

दूसरा व तीसरा चरण के प्रशिक्षण के बीच क्रमशः निम्न बातें दंखे।

क. दोनों चरण के प्रशिक्षण प्राप्त।
ख. स्वयं की रुचि के साथ नियमित परिवार भ्रमण कर रही है।
ग. रजिस्टर का कार्य पूर्ण।
घ. मोहल्ले में महिला समिति गठित

तीसरा व पांचवा चरण के प्रशिक्षण के बीच क्रमशः निम्न बातें देखें।
(याद रखें कि चौथे चरण का प्रशिक्षण प्रत्येक गांव में दो दिवसीय ग्राम बैठक के रूप मे आयोजित होना है।)

क. 8 दिन का शिविर प्रशिक्षण प्राप्त।
ख. स्वयं की रुचि के साथ नियमित परिवार भ्रमण कर रही है व रजिस्टर का कार्य पूर्ण।
ग. ग्राम स्तरीय महिला स्वास्थ्य समिति के साथ नियमित बैठकें हो रही है।
घ. स्वास्थ्य सेवा प्रदाय हेतु आवेदन पत्र प्रस्तुत व ANM के मदद से सेवाओं की पूर्ति।
(इसके अलावा यदि उनकी मोहल्ले की महिलाओं के खुन में हिमोग्लोबिन की जांच हुई है तो + चिन्ह लगादें।)

पांचवा व सातवे चरण के प्रशिक्षण के बीच क्रमशः निम्न बातें देखें।

क. 12 दिन का शिविर प्रशिक्षण प्राप्त।
ख. स्वयं की रुचि के साथ नियमित परिवार भ्रमण कर रही है, रजिस्टर का कार्य पूर्ण, स्वास्थ्य सेवा प्रदाय हेतु आवेदन पत्र प्रस्तुत व ANM के मदद से सेवाओं की पूर्ति हो रही है व अर्धवार्षिक स्वास्थ्य स्थिति प्रतिवेदन प्रस्तुत।
ग. क्लोरोक्वीन सहित मितानिन दवापेटी के कुछ दवाईयां मितानिन द्वारा उपलब्ध व उनके द्वारा मलेरिया स्लाईड बनायी जा रही है।
घ. मलेरिया नियंत्रण हेतु ग्राम योजना के लिए ग्राम स्तरीय बैठक सम्पन्न।

सातवे चरण के प्रशिक्षण के बाद क्रमशः निम्न बातें देखें।
(इसके लिए अलग प्रपत्र तैयार हो रही है।)

क. 18 दिन का शिविर प्रशिक्षण प्राप्त।
ख. नियमित परिवार भ्रमण कर रही है, रजिस्टर की समय समय पर रखरखाव व डाक्टरी इलाज हेतु परामर्श तंत्र कायम।
ग. मितानिन दवापेटी के लिए निर्धारित सभी दवाईयां मितानिन द्वारा उपलब्ध व उसके उपयोग व ठीक से कर पा रही है।
घ. क्रियाशील ग्राम महिला स्वास्थ्य समिति जो अपने गांव की स्वास्थ्य स्थिति पर समझ बनाई है व लोग मिलकर ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार कर चुके है।

प्रशिक्षक बैठक में उपस्थित वरिष्ठ व्यक्ति इसे भरें। वि.ख समन्वयक प्रपत्र से इसको मिलाकर देखना जरूरी है। यह प्रपत्र जिला नोडल अधिकारी को सौंपें व कोई भी जांच के लिए यह उपलब्ध हो।

मितानिन कार्यक्रम
मासिक प्रगति प्रतिवेदन

(प्रति वि.ख यह प्रतिवेदन नोडल अधिकारी द्वारा भरा जाय व इसका जिला स्तरीय समेकन के साथ हर माह एस.एच.आर.सी. को अग्रेसित करें।)

1. वि.ख नाम :
2. जिला :
3. स्थानीय जानकारी
   - कुल ग्राम पंचायत संख्या :
   - कुल गांव संख्या :
   - कुल टोला/पारा संख्या :
   - कुल मितानिन संख्या :
4. प्रतिवेदन माह व वर्ष :
5. प्रतिवेदन माह में
   कुल आयोजित प्रशिक्षण शिविरों की संख्या :
6. कुल आयोजित प्रशिक्षक प्रशिक्षण शिविरः
7. कुल आयोजित प्रशिक्षक बैठकें :
8. क्या प्रशिक्षण निगरानी प्रपत्र प्रस्तुत किया गया :
9. कोई अन्य विशेष गतिविधि :

ग्राम स्तरीय

विकास खण्ड स्तरीय

जिला स्तरीयः

कुछ और महत्वपूर्ण प्रपत्र

इसमें से पहला व दूसरा प्रपत्र प्रशिक्षण के योजना बनाने में व प्रत्येक प्रशिक्षण के पूर्व तैयारियों को सुनिश्चित करने में हमें मदद करती है। इसे क्रमशः ब्लाक समन्वयक/BMO एवं जिला नोडल अधिकारी भरें व इसके एक प्रति प्रशिक्षण के कम से कम 1 माह पहले SHRC क्षेत्रीय समन्वयक के माध्यम से SHRC को भेज दें।

जो आर्थिक प्रतिवेदन का प्रपत्र दिया हुआ है, यह अप्रेल से लेकर हर तीन माह में एक बार (तीसरा माह पूरा होते ही पन्द्रह दिन के अन्दर) राज्य स्वास्थ्य संसाधन केन्द्र को भेजा जाय। प्रत्येक विकास खण्ड के लिए एक–एक प्रपत्र का उपयोग करें।

विकासखंड स्तरीय मितानिन प्रशिक्षण योजना प्रपत्र

जिला का नाम:.. जिला क्रमाक............................

विकासखंड का नाम.. विकासखंड क्रं............................

संकुल क्र	संकुल का नाम	मितानिन का प्रथम चरण प्रशिक्षण					मितानिन का द्वितिय चरण प्रशिक्षण				
		स्थान	दिनांक	आयोजक	शिविर समन्वयक	रा.स्वा.सं.केन्द्र प्रतिनिधिं	स्थान	दिनांक	आयोजक	शिविर समन्वयक	रा.स्वा.सं.केन्द्र प्रतिनिधि

विकासखंड के समस्त केन्द्रों को उनके भौगोलिक स्थिति के आधार पर एक सिरे से अंतिम सिरे तक भरा जावें जिसमें रा. स्वा.संसाधन केन्द्र प्रतिनिधि खंड को खाली छोड़ दिया जाय जो कि रा. स्वा.संसाधन केन्द के द्वारा भरा जायेगा।

हस्ताक्षर सूचना दाता

जिला स्तरीय मितानिन प्रशिक्षण कार्यक्रम/योजना प्रपत्र–2

जिला का नामः.. विकासखंडों की संख्या....................................

सूचना भरने की तिथि.. सूचना दाता का नाम..

वि.ख क्र	विकासखंड का नाम	मितानिन प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण					मितानिन प्रशिक्षण अवधि प्रथम चरण		मितानिन प्रशिक्षण अवधि द्वितीय चरण	
		स्थान	दिनांक	आयोजक	शिविर समन्वयक	रा.स्वा.सं.केन्द्र प्रतिनिधि	प्रारंभ दिनांक	समापन दिनांक	प्रारंभ दिनांक	समापन दिनांक

विकासखंडों की सूचि अंग्रेजी वर्णमाला के आधार पर एक सिरे से अंतिम सिरे तक क्रम संख्या दिया जावें जिसमें रा. स्वा.संसाधन केन्द्र प्रतिनिधि खंड को खाली छोड़ दिया जाय जो कि रा. स्वा.संसाधन केन्द्र के द्वारा भरा जावेगा।

हस्ताक्षर सूचना दाता

Indira Swasthya Mitanin Programme-Financial Report

a. Name and Address of Organisation:

b. Blocks under Report

c. Quarter under Report From (m/y): To (m/y):

Financial Report in Detail

	Description					Total
d.	*Opening Balance*					
e.	*Advance Received during reoprt period*					
f.	*Available funds* (sum of D and E)					*0*
g.	*Itemised Expenditure Statement*					
	Item	Subline	Month 1	Month 2	Month 3	
	g1.					0
	g2.					0
	g3.					0
	g4.					0
	g5.					0
	g6.					0
	g7.					0
	g8.					0
	g9.					0
	g10.					0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
h	**Total Expenditure** (sum of item g)		0	0	0	0
j	*Bank Interests Received during the period* (annexe copy of bank statement)					
k.	*Closing Balance* [sum(f-h+j)]					0
l.	*Outstanding bills /current liabilities* (annexe details)					
m.	*Planned expenditures for the coming quarter* (annexe details)					
n.	*Total Requirements* [sum(m+l-k)]					0

Initials of Accountant
Name:

Authorised Signatory
Name, Designation and Address

(office Seal)

Place:
Report Prepared as on(Date):

o.	Details of funds relesased(For SHRC Office use only)					
sl.	DD No.	Dated	On Bank	Branch	Sent on	Amount
	Previous disbursements					
	Amount transferred till date, in totals					

Initials of SHRC Finance Person.